

Pracodawca:

(dalej jako: Pracodawca)

Imię i nazwisko Pracownika

PESEL
(dalej jako: Pracownik)

**OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA
W SPRAWIE WYRAŻANIA ZGODY NA POTRĄCENIE Z WYNAGRODZENIA**

Ja niżej podpisany/a wyrażam wolę przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie w Towarzystwie Ubezpieczeń **PZU ŻYCIE SA** z siedzibą w Warszawie KRS: 0000030211 (dalej: **PZU**) dla pracowników oraz członków rodzin pracowników (partnerów życiowych/małżonków oraz dzieci) finansowanego w części indywidualnej przez Pracodawcę i po zapoznaniu się z ofertą wybieram:

Ubezpieczenie	Nr polisy	Wariant	Składka dla Pracownika	Składka dla Małżonka / Partnera życiowego	Składka dla Pełnoletniego Dziecka
OCHRONA PNŻ	940581612	I	☐ 1 zł	☐ 60 zł	☐ 60 zł
		II	☐ 11 zł	☐ 70 zł	☐ 70 zł
		III	☐ 32,20 zł	☐ 91,20 zł	☐ 91,20 zł
		IV	☐ 1 zł	☐ 60 zł	☐ 60 zł
		V	☐ 11 zł	☐ 70 zł	☐ 70 zł
		VI	☐ 61 zł	☐ x	☐ x

W RAZIE WYPADKU	940585346	I	☐ 6,50 zł	☐ 6,50 zł	☐ 6,50 zł
		II	☐ 12 zł	☐ 12 zł	☐ 12 zł
OCHRONA DZIECKA	940581625	I	☐ 11 zł	☐ 11 zł	☐ 11 zł
		II	☐ 15 zł	☐ 15 zł	☐ 15 zł
		III	☐ 23 zł	☐ 23 zł	☐ 23 zł
		IV	☐ 35 zł	☐ 35 zł	☐ 35 zł
WSPARCIE DLA SERCA	940581641	I	☐ 10 zł	☐ 10 zł	☐ 10 zł
		II	☐ 20 zł	☐ 20 zł	☐ 20 zł
		III	☐ 30 zł	☐ 30 zł	☐ 30 zł
WSPARCIE DLA RODZINY	940581654	I	☐ 5 zł	☐ 5 zł	☐ 5 zł
		II	☐ 10 zł	☐ 10 zł	☐ 10 zł
		III	☐ 15 zł	☐ 15 zł	☐ 15 zł
WSPARCIE PO WYPADKU	940581667	I	☐ 6 zł	☐ 6 zł	☐ 6 zł
		II	☐ 10,50 zł	☐ 10,50 zł	☐ 10,50 zł
		III	☐ 14,50 zł	☐ 14,50 zł	☐ 14,50 zł
WSPARCIE PO WYPADKU PLUS	940581771	I	☐ 17,50 zł	☐ 17,50 zł	☐ 17,50 zł
		II	☐ 22 zł	☐ 22 zł	☐ 22 zł
		III	☐ 26 zł	☐ 26 zł	☐ 26 zł
WSPARCIE NA WYPADEK NOWOTWORU	940581670	I	☐ 11 zł	☐ 11 zł	☐ 11 zł
		II	☐ 21 zł	☐ 21 zł	☐ 21 zł
		III	☐ 31 zł	☐ 31 zł	☐ 31 zł
		IV	☐ 47 zł	☐ 47 zł	☐ 47 zł

Zagraniczna konsultacja medyczna - podstawowy zakres	940581612		☐ 1,99 zł	☐ 1,99 zł	☐ 1,99 zł
Zagraniczna konsultacja medyczna - rozszerzony zakres			☐ 2,99 zł	☐ 2,99 zł	☐ 2,99 zł
Asystent w czasie utraty zdrowia			☐ 1,02 zł	☐ 1,02 zł	☐ 1,02 zł

Pracodawca opłaca pracownikowi składkę w wysokości 59 zł, która jest przychodem Pracownika

W związku z powyższym, wyrażam zgodę na comiesięczne potrącenie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę kwoty składki we wskazanej wysokości ustalonej na dzień podpisywania niniejszego oświadczenia.

- Wyrażam zgodę na przekazywanie powyższej składki bezpośrednio na rzecz PZU ŻYCIE SA, w związku z przystąpieniem przeze mnie do grupowego ubezpieczenia na życie;
- W przypadku przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie przez członków mojej rodziny, wyrażam zgodę, na comiesięczne potrącenie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę, kwoty składki za członka mojej rodziny, który przystąpił do grupowego ubezpieczenia na życie;
- Pracodawca poinformuje mnie z wyprzedzeniem o nowej wysokości stawek. **Zobowiązuję się do każdorazowego wyrażenia zgody na potrącanie z mojego wynagrodzenia składki w zaktualizowanej wysokości, w formie oraz zgodnie ze sposobem przyjętym u Pracodawcy.**

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Ubezpieczającego - Pracodawcę o zakresie oferty Grupowego Ubezpieczenia na Życie PZU Życie SA oraz potwierdzam, że otrzymałem/am komplet dokumentów w postaci:

- Materiału Informacyjnego
- Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (OWU)

DATA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA:

ZGODA NA ŁĄCZNĄ KWOTĘ POTRĄCENIA:

PODPIS PRACOWNIKA